

В свою очередь при распределении дерматоглифических индексов, у женщин с хроническим бронхитом отмечаются достоверно более высокие, по сравнению с контролем, значения индекса Данкмеера и Полла, на обеих руках (таблица 2).

Таблица 2 – Распределение дерматоглифических индексов у женщин с хроническим бронхитом

Дерматоглифический индекс	Рука	Контроль (n=750)	ХБ (n=100)
Индекс Фуругаты	правая	51,8	47,7
	левая	44,4	47,2
Индекс Данкмеера	правая	14,8	35,2***
	левая	23,3	42,6***
Индекс Полла	правая	7,7	16,8**
	левая	10,4	20,1**

Примечания – n – количество объектов в выборке; – достоверные отличия от контрольной группы на уровне значимых: * $p \leq 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Полученные данные могут быть использованы в практическом здравоохранении в качестве маркеров предрасположенности к данной патологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сидорович, С.А. Связь анатомической конституции с серологическими и дерматоглифическими показателями у мужчин призывного возраста: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.02 / С.А. Сидорович. – Минск, 2001. – 19 с.
2. Шавель, Ж.А. Антропометрическая характеристика лиц женского пола 17–25 лет и ее связь с некоторыми аспектами репродуктивной функции: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.02 / Ж.А. Шавель. – Минск, 2002. – 19 с.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МР-НОЖКИ ПРИ РЕВИЗИОННОМ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Богданович И.П., Тодрик А.Т., Кобрин А.В., Конецкий А.А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Тема эндопротезирования актуальна в Республике Беларусь, как и во всём мире. По данным ВОЗ имеется тенденция роста заболеваний и повреждений тазобедренного сустава. В 2025 году во всем мире количество лиц, достигших возраста 60 лет и старше, превысит 1 млрд. человек. В мире ежегодно выполняется около 1,5 млн. эндопротезирований тазобедренного сустава. За последние 30 лет эта операция стала основным методом лечения, позволяющая восстановить движение в суставе, опороспособность ноги и улучшить качество жизни.

По мере того, как увеличивается количество имплантированных эндопротезов, а также продолжительность их эксплуатации, часть искусственных суставов начинает изнашиваться, или приходить в негодность, что ведет к ревизионному эндопротезированию.

Цель исследования – показать возможность ревизионного эндопротеза МР используемого при замещении первичного эндопротеза тазобедренного сустава.

Материал и методы исследования. За период 2015-2018 год нами было выполнено 36 операций ревизионного характера при различных видах эндопротезирования тазобедренного сустава с применением МР-ножки. В данную группу вошли пациенты, которым ранее производилось первичное тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава или ревизионная артропластика после развития нестабильности.

Перед операцией проводились дополнительные обследования, направленные на оценку общего состояния здоровья, а также состояние костей и мягких тканей в месте предполагаемой операции: МРТ, КТ, сцинтиграфия, микробиологическое исследование.

Результаты и их обсуждение. Важным этапом оперативного вмешательства является удаление эндопротеза. При цементной фиксации ножки необходимо определить степень подвижности имплантата, размеры цементной мантии и прочность связи последней с костью. По данным рентгенологического обследования можно определить форму ножки, локализацию расшатывания, глубину расположения цементной пробки. При бесцементной фиксации ножки основным вопросом является степень остеоинтеграции с поверхностью имплантата.

Наиболее частой причиной ревизионной артропластики служит асептическое расшатывание, при этом бедренный компонент проявляет признаки нестабильности в три раза реже, чем вертлужный.

Первые признаки асептического расшатывания компонентов эндопротеза не имеют клинической симптоматики и обычно выявляются при рентгенологическом обследовании пациента в виде зоны резорбции на границе имплантат – кость. Болевой же синдром обычно развивается при возникновении подвижности имплантата. Целью ревизионной артропластики является создание прочной конструкции сустава, включающей хорошую фиксацию ножки, стабильный сустав и восстановление костной основы бедренной кости. Существует большое количество операций, направленных на достижение стабильной фиксации ножки эндопротеза при ревизионной артропластике. Наибольшее распространение получили методы цементной, бесцементной фиксации имплантата с использованием различных вариантов костной пластики.

Применение ножек цементной фиксации при ревизионной артропластике имеет как положительные, так и отрицательные стороны. Основное преимущество заключается в достижении практически немедленной стабильности имплантата и обеспечении ранней мобилизации больного. Тем не менее, надо отдавать себе отчет, что зачастую эндостальная поверхность

бедренной кости бывает настолько склерозированной и гладкой, что невозможно добиться такой же прочной фиксации цемента, как и при первичной артропластике.

Результаты применения ножек цементной фиксации крайне противоречивы. Частота повторных операций колеблется от 10 до 40%. Современная цементная техника улучшила результаты операций, однако даже в этом случае частота повторных хирургических вмешательств остается достаточно высокой.

В связи с вышеуказанными проблемами использования ножек цементной фиксации, все же предпочтительно применение компонентов, рассчитанных на врастание костной ткани. При выборе имплантатов для бесцементной фиксации необходимо помнить, что они подразделяются на ножки, рассчитанные на проксимальную и дистальную фиксацию. Анализ осложнений привел к использованию так называемых полнопокрытых ревизионных ножек, рассчитанных на фиксацию на всем их протяжении, и прежде всего, в диафизарной части.

В последние годы в клиническую практику активно внедряются модульные ножки, предполагающие раздельную фиксацию диафизарной и метафизарной частей. Преимущество применения таких имплантатов заключается в возможности индивидуального раздельного подбора и установки диафизарной и проксимальной частей, каждая из которых может иметь несколько типов дизайна и размеров, что позволяет легко регулировать длину ножки, шейки, стабильность фиксации и антеверсию. Пористое покрытие протеза обеспечивает хорошую интеграцию костной ткани. Свободная ротация проксимальной части ножки обеспечивает выбор оптимального положения шейки протеза и этим значительно увеличивает стабильность эндопротеза. К недостаткам имплантатов этого типа необходимо отнести возможность подвижности и образования титановых микрочастиц на месте соединения дистальной и проксимальной частей эндопротеза.

При нестабильности, для ревизионного замещения ножек эндопротезов, применялись конструкции отечественных и зарубежных производителей. В частности внедрена ревизионная МР-ножка фирмы W.Link. Важным элементом при удалении ножки эндопротеза и остатков цементной мантии, являлась продольная окончатая трепанация метадиафиза бедренной кости и изготовление дополнительных инструментов.

Для пластики дефектов метадиафиза бедренной кости применялись аллоостеоматрикс и аутооттрансплантаты.

В некоторых случаях вышедший из строя искусственный сустав не мог быть заменен. Это происходило в случае инфицирования эндопротеза, при сильном разрушении костной ткани в месте фиксации эндопротеза, а также при общем тяжелом состоянии пациента. В этом случае удаляли эндопротез без установки нового, что было наилучшим выбором, так как повторное эндопротезирование может закончиться неудачей или значительно утяжелить состояние здоровья пациента. Как после всех больших хирургических вмешательств, после ревизионного эндопротезирования встречаются

осложнения. Типичными осложнениями этой операции являются: тромбофлебит, инфекция, вывих головки эндопротеза, оссифицирующий миозит.

Инфекция являлась очень серьёзным поражением при ревизионном эндопротезировании. Для профилактики этого осложнения назначались антибиотики до операции (перед анестезией) и в течение 2-3 дней после неё.

Риск инфицирования при ревизионном эндопротезировании был выше у пациентов имеющих избыточный вес.

После ревизионного эндопротезирования необходимо диспансерное наблюдение у ортопеда-травматолога, которое заключалось в периодических профилактических осмотрах и проведении диагностических исследований.

Бурно развивающиеся методики эндопротезирования позволяют в значительной степени улучшить качество жизни больных с заболеваниями и повреждениями крупных суставов конечностей. Однако даже для самых совершенных, с технологической точки зрения, имплантатов возможны осложнения, которые требуют ревизионного эндопротезирования.

Выводы.

1. Причинами нестабильности, повлекшими выполнение ревизионного эндопротезирования, явились: неполноценное качество материала эндопротеза, дефекты в конструкции и дизайне, погрешности в установке компонентов эндопротеза, недооценка состояния костной ткани на момент имплантации, а так же, возрастных и индивидуальных соматических особенностей пациента.

2. Использование для ревизионного эндопротезирования тазобедренного сустава современных имплантов (МР-ножка) и других дополнительных конструкций, а также строго индивидуальный подбор последних позволяет получить хорошие функциональные и анатомические результаты на продолжительные сроки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Джакофски Д. Дж., Хедли Э. К. Ревизионное эндопротезирование тазобедренного сустава. – Гэотар, 2014. – 328 с.
2. Нуждин В.И. Ревизионное эндопротезирование тазобедренного сустава / В.И. Нуждин, В.В. Троценко, Т.П. Попова, С.В. Каграмонов // Вести, травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. – 2001. – № 2. – С. 66-71.

КРАТКИЙ ОЧЕРК ИСТОРИИ КАФЕДРЫ ПСИХОЛОГИИ И ПЕДАГОГИКИ: ПУТЬ ОТ КУРСА К КАФЕДРЕ

***Бойко С.Л., Спасюк Т.И., Воронко Е.В., Кузмицкая Ю.Л, Кевляк-
Домбровская Л.Э., Филипович В.И.***

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Универсальность психологических знаний и умений в медицинском вузе заключается в том, что они обеспечивают успешность решения многих